ITEM 219 : FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE ET PREVENTION

FdRCV = état clinique ou biologique augmentant le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire donné, auquel il est relié par un lien de causalité
- Caractéristiques : modifiable ou non, puissance (risque relatif), quantitatif ou graduel, réversible ou non, indépendance

Classification	FdR non modifiable	**- Age** : survenue des accidents vasculaires 10 ans plus tôt en moyenne chez l'homme (50 ans ou plus chez l'homme, 60 ans ou plus chez la femme) **- Sexe masculin** : protection oestrogénique chez la femme (diminue avec l'âge : risque identique à 65-70 ans), concerne principalement le risque cardiaque (risque identique d'AVC) **- Hérédité** : transmission génétique de FdR modifiables (hypercholestérolémie familiale, HTA, diabète…) et facteurs environnementaux défavorable (tabagisme, alimentation, sédentarité…)
	FdR modifiable	→ 9 facteurs expliquent 90% des cas d'infarctus du myocarde : - 6 facteurs de risque : **tabagisme, HTA, hypercholestérolémie, diabète, obésité, facteurs psychosociaux** (niveau socio-économique bas, stress, absence de soutien social, dépression, anxiété) - 3 facteurs protecteurs : - **Consommation de fruits et légumes** **- Activité physique** **- Consommation modérée d'alcool**
Principaux FdRCV	**Tabagisme**	= 1ère cause de mortalité évitable : 73 000 décès/an en France, dont 25% de cause cardiovasculaire - Mécanisme : . Proathéromateux : ↘ HDL-cholestérol, ↗ oxydation des LDL, ↗ CO circulant . Thrombogène : ↗ agrégation plaquettaire ↗ taux de fibrinogène et viscosité sanguine . Spasme coronaire : altération de la vasomotricité artérielle endothélium .↘HDL-cholestérol -> athérome - Risque proportionnel à la consommation, sans seuil minimal, identique pour tous type de tabagisme - Lié principalement : . À l'**AOMI** = 1er FdR (90% des patients avec une AOMI) . À la **cardiopathie ischémique** : 2e FdR . À moindre degré à l'**anévrisme de l'aorte abdominal** et à l'**AVC** - Facteur essentiel et souvent isolé des accidents cardio-vasculaires du sujet jeune -Association tabac et contraception oestroprogestative est contrindiquée (MTEV++, IDM, AVC) - Bénéfice rapide après sevrage : Risque identique d'IDM à celui d'un non-fumeur après 3 ans d'arrêt - **Tabagisme passif** : - ↗ du risque de 25% en cas d'exposition de 1 à 7h/semaine - ↗ du risque de 60% si > 22h/semaine
	HTA	- Risque proportionnel à la PAS et à la PAD < 55 ans, surtout à la PAS > 60 ans - Lié principalement aux **AVC** (85% des patients avec un AVC sont hypertendus) - Définition : TA ≥ 140/90 en consultation, ou ≥ 135/85 en automesure, persistant dans le temps
	Hyper Cholestérolémie	- Chez un patient sans FdRCV associé : LDLc < 1,6 g/L, TG < 1,50 g/L et HDLc > 0,4 g/L - Lié principalement à la **maladie coronarienne** (1er FdR), corrélée à l'élévation du LDLc - **Statine** : efficacité prouvée sur la mortalité CV et la récidive (même pour un taux de LDLc normal) - Formule de Friedwald : LDL = CT - HDL - TG/5 - Parfois liées à mutation sur un gène : hypercholestérolémie familiale hétérozygote (f=1/500, LDL 2-4 g/L, complications dès 40 ans) et homozygote (f=1/1M, LDL > 5, complications avant 20 ans)
	Diabète	= 3 millions de patients en France, prévalence = 5% : type 2 (principalement) ou type 1 - Lié principalement à l'**AOMI**, la **maladie coronaire**, et l'**AVC** - Définition : GAJ > 1,26 g/L (7 mmol/L) à deux reprises, ou glycémie > 2 g/L (11,1 mmol/L) à n'importe quel moment de la journée

<table>
<tr><td rowspan="11">PRÉVENTION</td><td>Syndrome métabolique</td><td colspan="2">= Lié à la sédentarité, au surpoids et à l'obésité : déséquilibre énergétique entre les apports et les dépenses caloriques
- Obésité abdominale : périmètre abdominal ≥ 94 cm chez l'homme ou > 80 cm chez la femme
+ ≥ 2 critères : - Hypertriglycéridémie > 1,5 g/L
- Taux bas de HDLc : < 0,40 g/L chez l'homme ou < 0,50 g/L chez la femme
- Pression artérielle ≥ 130/85 mmHg
- Glycémie à jeun > 1,0 g/L ou diabète type 2</td></tr>
<tr><td rowspan="5">Risque cardio-vasculaire global : Outils SCORE</td><td colspan="2">= Risque de mortalité cardiovasculaire à 10 ans
- Basé sur une population européenne
- Echelle adapté au pays : à haut risque (Nord) ou à bas risque (Sud, dont la France)
- Selon : l'âge (de 40 à 65 ans), le sexe, le cholestérol total, le tabagisme, la PA
- Non adapté aux hypertendus sévères, diabétiques, insuffisants rénaux chroniques ou sujets atteints d'hypercholestérolémie familiale
- En cas de maladie cardiovasculaire documentée, en prévention secondaire, le risque CV est d'emblée considéré très élevé</td></tr>
<tr><td>Très élevé</td><td>Maladie CV documentée, clinique ou non équivoque à l'imagerie
Diabète avec un FdR majeur (tabac, hypercholestérolémie élevée, HTA sévère) ou une atteinte d'organe cible
IRC sévère (DFG < 30)
SCORE ≥ 10 %</td></tr>
<tr><td>Elevé</td><td>Élévation marquée d'un seul FdR
La plupart des autres patients diabétiques
IRC modérée (DFG < 60)
5% < SCORE < 10%</td></tr>
<tr><td>Modéré</td><td>1% < SCORE < 5%</td></tr>
<tr><td>Faible</td><td>SCORE < 1%</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Antécédent familial d'accidents cardiovasculaires prématurés (< 55 ans chez père ou frère, 65 ans chez mère ou sœur) et facteurs de risque psychosociaux
- Anomalie morphologique des organes cibles : épaisseur intima-média artérielle (Doppler), score calcique (coroscanner), hypertrophie ventriculaire gauche (échographie)
- Marqueurs biologiques : microalbuminurie, facteurs de thrombose, CRP ultrasensible</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Secondaire</td><td colspan="2">- Elle doit être systématique, multirisque, intensive et médicalisée
- BASIC : bêtabloquant (en post-IDM), anti-agrégant, statine, IEC, contrôle des FdR</td></tr>
<tr><td>Hypocholestérolémiant</td><td>Réduit mortalité totale et morbimortalité coronarienne
Statine systématique en prévention secondaire, cible LDL < 0,7 g/L</td></tr>
<tr><td>Sevrage tabagique</td><td>Les substituts nicotiniques ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme</td></tr>
<tr><td>Contrôle de la TA</td><td>Objectif TA < 140/90
Privilégier RHD, traitement médicamenteux si > 160/100 d'emblée, ou > 140/90 après 3 mois de RHD</td></tr>
<tr><td>Contrôle glycémique</td><td></td></tr>
<tr><td>Lutte contre la sédentarité</td><td>Antiagrégant, anti-inflammatoire, augmentation de la VO2max et de la capacité fonctionnelle à l'effort, recueil du seuil ischémique, effet anti arythmique</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Primaire</td><td>TA</td><td>Selon niveau de TA et nombres de FdR associés</td></tr>
<tr><td>Cholestérolémie</td><td>RHD en 1ère intention, avec un traitement hypolipémiant en cas de non atteinte de l'objectif au bout de 3 mois</td></tr>
<tr><td>Tabagisme</td><td>Arrêt total et définitif</td></tr>
<tr><td>Alimentation et activité physique</td><td>Programme national nutrition santé :
- 5 fruits et légumes par jour,
- Poisson 2x/semaine,
- Limitation des graisses saturées, produits sucrés, du sel,
- Au moins 30 minutes d'activité physique 5 jours par semaine</td></tr>
</table>